

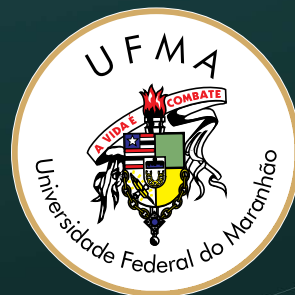
Especialização **SAÚDE MENTAL**

MÓDULO 3

MARCO HISTÓRICO E CONSTRUÇÃO DO DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO



UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS



www.unasus.ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – *Natalino Salgado Filho*

Vice-Reitor – *Antonio José Silva Oliveira*

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – *Fernando de Carvalho Silva*

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – *Nair Portela Silva Coutinho*

COMITÊ GESTOR - UNASUS / UFMA

COORDENADORA GERAL

Ana Emília de Figueiredo Olivera

COORDENADOR ADJUNTO

Eurides Florindo Castro Jr.

COORDENADORA DO CURSO

Christiana Leal Salgado

COORDENADOR DE COMUNICAÇÃO

João Carlos Raposo Moreira

COORDENADOR DE DESIGN

Hudson Francisco de A. C. Santos

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIAS E HIPERMÍDIAS

Rômulo Martins

COORDENADORA PEDAGÓGICA

Patrícia Maria Abreu Machado

COORDENADORA TUTORIA

Maiara Marques

COORDENADORA EXECUTIVA

Fátima Gatinho

PRODUÇÃO

REVISÃO ORTOGRÁFICA

João Carlos Raposo Moreira

REVISÃO TÉCNICA

Christiana Leal Salgado

Patrícia Maria Abreu Machado

DESIGN INSTRUCIONAL

Cácia Samira de Sousa Campos

DESIGN GRÁFICO

Douglas Brandão França Junior

ORGANIZADORES

Ana Emília de Figueiredo Oliveira

Christiana Leal Salgado

Hermano Tavares

Patrícia Maria Abreu Machado

Rodrigo da Silva Dias



Saúde Mental

Hermano Tavares

Copyright @ UFMA/UNASUS, 2013

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO.

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Universidade Aberta do SUS - UNASUS

Praça Gonçalves Dias Nº 21, 1º andar, Prédio de Medicina (ILA)
da Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Site: www.unasus.ufma.br

Normalização:

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva. CRB 13ª Região Nº Registro – 453.

Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA

**Marco histórico e construção do diagnóstico psiquiátrico:
módulo III:/Hermano Tavares. - São Luís, 2013.**

25f. : il.

**1. Psiquiatria. 2. Historicidade. 3. Diagnóstico psiquiátrico. 4.
UNASUS/UFMA. I. Oliveira, Ana Emília Figueiredo de. II. Salgado,
Christiana Leal Salgado. III. Tavares, Hermano IV. Machado,
Patrícia Maria Abreu. V. Dias, Rodrigo da. VI. Título.**

616.89

Autor

Hermano Tavares

Médico Psiquiatra. Pós-doutor em Jogo Patológico pela Universidade de Calgary. Doutor em Psiquiatria pela Universidade de São Paulo. É Professor Associado (2) da USP, vice-coordenador de Saúde Mental do Projeto Região Oeste da Faculdade de Medicina da USP. Fundou e coordena o Programa Ambulatorial do Jogo Patológico (PRO-AMJO) e Programa Ambulatorial Integrado dos Transtornos do Impulso (PRO-AMITI) do Instituto de Psiquiatria da USP, tendo publicado diversos artigos e capítulos de livro neste campo. Seus principais campos de atuação acadêmica são: saúde mental e saúde pública, dependências, jogo patológico, transtornos do controle do impulso, impulsividade e personalidade.

Apresentação

A Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) é um programa desenvolvido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde (MS), que cria condições para o funcionamento de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas e serviços de saúde e gestão do SUS, destinada a atender as necessidades de formação e educação permanente do Sistema Único de Saúde seguindo um modelo de programa interfederativo.

A Universidade Federal do Maranhão – UFMA, por meio da UNA-SUS, e em parceria com o Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-FMUSP), estão associando as tecnologias educacionais interativas e os recursos humanos necessários para disponibilizar a este curso ferramentas educacionais de alta qualidade, que auxiliem e enriqueçam o dinamismo do ensino e da aprendizagem.

Este livro faz parte do Curso de Especialização em Saúde Mental, disponibilizado no modelo Ensino a Distância (EaD), destinado aos profissionais de saúde que atuam no CAPS, PSF, NASF e nos demais dispositivos da Rede de Assistência a Saúde Mental do SUS. É uma iniciativa pioneira que abrange diversas áreas da Saúde Mental, utiliza tecnologias educacionais como ferramentas de aprendizado para disponibilizar um programa de qualificação profissional, contribuindo, no exercício de sua prática, novas habilidades e competências adequadas as novas demandas profissionais.

A rede colaborativa, proposta pela UNA-SUS, é uma rede compartilhada de apoio presencial e a distância, responsável pelo processo de aprendizagem em serviço e intercâmbio de informações acadêmicas que objetiva a certificação educacional compartilhada. Dessa forma, é possível levar a cada profissional de saúde oportunidades de novos aprendizados com a utilização de material auto-instrucional, cursos livres e de atualização, cursos de aperfeiçoamento, especialização e até mesmo mestrados profissionais.

Esperamos que você, leitor, aprecie este material que foi elaborado visando, especialmente, o seu aperfeiçoamento profissional. Vamos juntos construir uma nova era de Saúde Mental.

Seja bem-vindo a este curso!

Ana Emília Figueiredo de Oliveira, Ph.D.

Coordenadora Geral UNA-SUS/UFMA

Christiana Leal Salgado, MSc

Coordenadora dos Cursos- Saúde Mental UNA-SUS/UFMA

SUMÁRIO

UNIDADE 1

| | |
|--|----|
| AS ORIGENS DA MEDICINA E DA PSIQUIATRIA | 9 |
| A primeira dialética: corpo e alma..... | 9 |
| A segunda dialética: psicose e neurose..... | 10 |
| A terceira dialética: biologia e humanismo | 12 |

UNIDADE 2

| | |
|---|----|
| O EXAME DO ESTADO MENTAL DO PACIENTE..... | 13 |
| Consciência..... | 13 |
| Funções cognitivas..... | 14 |
| Sensopercepção..... | 14 |
| Psicomotricidade..... | 14 |
| Afetividade..... | 15 |
| Conação..... | 15 |

UNIDADE 3

| | |
|--|----|
| A FORMULAÇÃO DIAGNÓSTICA EM PSIQUIATRIA..... | 16 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 17 |
| REFERÊNCIAS..... | 18 |

UNIDADE 1

AS ORIGENS DA MEDICINA E DA PSIQUIATRIA

O desenvolvimento conceitual da Psiquiatria acompanhou os desdobramentos históricos da Medicina e se estabeleceu ao longo do tempo pelo contraste de conceitos

A primeira dialética: corpo e alma

A Psiquiatria é paradoxalmente uma das especialidades médicas mais antigas e simultaneamente das mais jovens. Se considerarmos os primórdios da civilização humana quando o ofício religioso e a arte de curar se confundiam na figura do sacerdote, encontraremos nesta medicina primitiva uma mescla indivisível entre alma, mente e saúde corporal. Os processos mórbidos tinham sua origem em perturbações na relação do indivíduo com o mundo imaterial dos espíritos. Neste caso a clínica da mente e do corpo eram virtualmente indiferenciáveis. Contudo, a Psiquiatria assim nomeada como especialidade só foi reconhecida no século XIX. Da antiguidade até este momento um longo percurso foi percorrido.



O termo Psiquiatra, oriundo do grego médico (iatro) da alma ou da mente (psique).

A primeira inflexão no desenvolvimento da clínica da saúde mental teve origem na revolução do raciocínio médico ocorrida na Grécia no século V A.C. por iniciativa de Hipócrates, considerado o “Pai da Medicina” Ocidental. Antes dele, a prática médica era dominada pelos Asclepiades, seguidores de Asclépio (ou Esculápio na tradição romana, o deus das artes curativas). Nesta época, o indivíduo afligido por qualquer doença deveria se dirigir ao templo de Asclépio, onde seria recebido para um período de recolhimento e preces. Durante este período, o enfermo

antagônicos que podem ser sintetizados em três pares: Dialéticas corpo e alma; Processo e desenvolvimento; Biologia e humanismo.

repousaria no templo e deveria prestar particular atenção aos seus sonhos, pois os conteúdos oníricos produzidos durante o sono sob a influência de Asclépio trariam mensagens sobre a origem do processo mórbido e a sequência de procedimentos necessários para sua reversão. Estas mensagens seriam enviadas em formato cifrado por meios de símbolos e competia ao sacerdote a interpretá-las. Revisto sob esta perspectiva, o procedimento de interpretação dos sonhos como meio de acesso aos processos inconscientes envolvidos no sofrimento mental proposto por Freud, cerca de três mil anos depois, não parece tão original (CORDÁS, 2002).

A Revolução Hipocrática se deve à substituição da busca da origem sobrenatural das doenças pela busca de causas naturais, pautada na convicção de que se o homem era oriundo da natureza e com ela compartilhava os mesmos elementos formadores, o adoecimento teria logicamente uma causa natural. Um desequilíbrio na relação entre estes elementos formadores, chamados humores, seria o responsável pela doença. Os humores, ou bílis, eram quatro:

Sanguíneo
(bile vermelha);

Fleumático
(bile branca);

Colérico
(bile amarela);

Melancólico
(bile negra).

Doenças físicas como hepatite, ou mentais como a melancolia (ou depressão) eram igualmente explicadas com base na teoria dos humores. No primeiro caso a ocupação do fígado pela bile amarela e no caso da melancolia a tomada da glândula pineal (localizada no cérebro e considerada pelos gregos como a sede da alma) pela bile negra (TAVARES; CORDÁS, 2011).

Os romanos como divulgadores da cultura helênica propagaram e desenvolveram a medicina hipocrática até a queda de seu império no século V D.C. que deu início ao período conhecido como Idade Média. Nesta fase da história resgatou-se o conceito da origem sobrenatural das doenças, particularmente da doença mental.



A segunda dialética: psicose e neurose

O século XVII foi marcado pela continuidade e agudização das transformações sócio-culturais iniciadas no Renascimento. Na clínica da saúde mental isto se revelou pela adoção progressiva de uma ótica mais racional e pela circunscrição mais precisa da origem corpórea da doença mental. Aos poucos, resgatou-se a proposição original de Hipócrates de que o cérebro seria a sede dos processos mentais. Contudo, nos próprios escritos do “pai da medicina” pode se perceber ainda alguma confusão como, por exemplo, na explicação dos sintomas da Histeria que seriam causados por

Refleta



A doença mental era vista como evidência de eterna luta entre o bem e o mal. Ao afastar-se de Deus, o ser humano expunha sua frágil alma às tentações de Satanás que se revelavam nos sintomas do sofrimento psíquico. Esse tipo de concepção persiste nos dias atuais?

O tratamento voltou a ter foco em preces e rituais purgativos das influências maléficas como o exorcismo, a confissão e o arrependimento às vezes forçados por tortura, entre outros. O interesse no corpo como sede e origem dos processos mentais e das suas perturbações só retornaria no século XVI com a passagem da Idade Média ao Renascimento. Este período foi marcado pelo incremento do comércio, crescimento econômico e florescimento cultural com ênfase no próprio homem. O resgate da cultura helênica serviu bem a estes propósitos com importantes reflexos na medicina incluindo a redescoberta do corpo pela prática da dissecação. Estes movimentos pendulares entre antropocentrismo e teocentrismo ao longo da história deixaram suas marcas na Psiquiatria através da sedimentação da sua primeira dialética a origem natural (corpo) ou sobrenatural (alma) das doenças mentais (BEAUCHESNE, 1989).

um represamento de bile vermelha no útero (em grego hystera) que passava a se deslocar pelo corpo causando sintomas variados por onde passava (CORDÁS; ARATANGY; MOTA, 2011).

No século XIX correlatos dessa ideia ainda eram populares em teorias que atribuíam as alterações de comportamentos a processos irritativos das mucosas do aparelho genital feminino. Wilhelm Fliess, otorrinolaringologista, acreditava assim como Freud, de quem era grande amigo, que sintomas mentais tinham origem em conflitos sexuais, que por sua vez, segundo ele tinham origem em perturbações

das mucosas nasais. Somente em 1845, Griesinger cunhou o aforismo **“doenças da mente são doenças do cérebro”**.



VOCÊ SABIA?

Por esta iniciativa, muitos o consideram “pai da Psiquiatria moderna”, porém outros atribuem este mérito a outro expoente da escola alemã: Emil Kraepelin.

Emil Kraepelin escreveu em 1883 o primeiro “Compêndio de Psiquiatria”. Ele foi o responsável pela introdução do **conceito do diagnóstico longitudinal**, baseando a classificação dos transtornos mentais em sua evolução. Dessa forma ele circunscreveu o campo das psicoses e dividiu-o em dois grupos: a Demência Precoce e a Psicose Maníaco-Depressiva (PMD), hoje mais conhecidas respectivamente como Esquizofrenia e Transtorno Afetivo Bipolar. A Demência Precoce se diferenciava por apresentar um curso deteriorante, onde após a recuperação de cada crise o indivíduo não apresentava um retorno pleno à normalidade. Ao passo que a PMD apresentava uma alternância de fases de depressão lentificação de processos psíquicos, aceleração de processos psíquicos com humor eufórico ou irritado, mas sempre contagiante. Porém, os períodos inter - críticos na PMD poderiam se de relativa normalidade (SHORTER, 1997).

Kraepelin acreditava na origem cerebral e biológica das psicoses em oposição à origem psicológica das neuroses. Mesmo antes da escola alemã, no século 18 a psicose sob as designações de insanidade ou mania era reconhecida como quadros em que o teste de realidade do paciente estava comprometido. Isto poderia ser observado

pela presença de delírios, convicções primárias irreduzíveis e imunes à argumentação ou evidência contrária, e alucinações – percepções sem objeto (ouvir vozes na ausência de um interlocutor, ver o que não existe, etc.). Neste caso observa-se a construção da segunda relação dialética que embasa a Psiquiatria: a divisão psicose – neurose (SHORTER, 1997).

O entusiasmo com a possível origem cerebral das psicoses era justificado pela descoberta no século XIX do *Treponema pallidum*, agente da sífilis, como causa de alterações mentais como delírio, alucinações e demência (perda progressiva das funções mentais em um quadro conhecido Paralisia Cerebral, ou sífilis terciária. Já o termo neurose apresentou ao longo do tempo um interessante desvio de seu significado original, em parte devido à influência dos trabalhos de Charcot.

Este importante médico francês mostrou ser possível induzir por meio de sugestão hipnótica sintomas físicos em pacientes histéricos sem anomalia aparente do sistema nervoso. Sob influência de Charcot, Freud reformula o conceito de neurose como sendo um quadro funcional com origem em conflitos psicológicos inconscientes (SHORTER, 1997).



O termo neurose, cunhado em 1769 por William Cullen, foi criado para designar quadros de sofrimento mental que não cursavam com delírios e alucinações. A palavra significa sofrimento dos nervos e significa um suposto processo de degeneração nervosa que explicaria as queixas emocionais e sintomas físicos sem outra base corpórea identificável.

A terceira dialética: biologia e humanismo

De todo este percurso histórico, o século XX foi o mais prolífico na produção de visões culturais e científicas antagônicas na abordagem do comportamento humano e das suas perturbações. A primeira metade foi grandemente influenciada pelo trabalho de Karl Jaspers, psiquiatra e filósofo, que ao combinar experiência clínica e filosofia estabeleceu as bases da psicopatologia fenomenológica que permitiu uma estruturação do exame do estado mental e direcionou o trabalho de outros psicopatologistas que o sucederam. A segunda metade foi dominada pela descoberta dos primeiros psicofármacos, pela descoberta do DNA e o deciframento do código genético. Enquanto estes últimos eventos reforçaram na Psiquiatria as bases biológicas do comportamento, paralelamente movimentos sócio-políticos iniciados na década de 60 se levantaram contra o uso da Psiquiatria como instrumento para normatização comportamental, ou simplesmente para coerção de dissidência política, o chamado movimento Antipsiquiatria.

Os defensores da Antipsiquiatria enfatizam a sua defesa intransigente dos direitos humanos dos pacientes. Por outro

lado, os seus críticos alertam que sua visão oposição maniqueísta a certas práticas terapêuticas, notadamente o tratamento em regime de internação, pode causar desassistência de indivíduos cujos direitos a própria Antipsiquiatria se propunha defender. Excessos à parte, a Antipsiquiatria tem o mérito de resgatar o interesse pelos determinantes sócio-culturais que transcendem o indivíduo na produção dos sintomas psiquiátricos.

De um lado, a evolução do tratamento farmacológico e as evidências de segregação familiar e genética em quadros classificados como depressão reativa, fobias e transtornos ansiosos mostram uma vertente biológica das neuroses. De outro, estudos que evidenciam uma maior incidência de psicose esquizofrênica em migrantes, mas não nos seus progenitores não emigrados, sugerem a participação do estresse sócio-cultural na gênese da psicose. Assim como no caso dos pares dialéticos anteriores, o espaço estabelecido entre os pólos supostamente antagônicos da biologia e do humanismo é preenchido por fatores que se combinam de forma peculiar na determinação de cada síndrome psiquiátrica.

UNIDADE 2

O EXAME DO ESTADO MENTAL DO PACIENTE

A combinação da experiência clínica combinada à herança do empirismo fenomenológico deu origem à disciplina da psicopatologia. Uma explanação sobre suas bases e conceitos ultrapassa em muito o objetivo desta unidade que tem como alvo o profissional de saúde generalista.



É importante que todo clínico seja capaz de “passear” pelo psiquismo dos seus pacientes e ser capaz de identificar sinais e sintomas de sofrimento, assim como independente de especialidade todo médico deveria ser capaz de realizar um exame físico básico. Esta inspeção do estado mental permite uma apreensão sindrômica inicial que guiará a formulação dos diagnósticos que serão abordados nos outros módulos deste curso.

Apesar de o psiquismo ser um corpo etéreo único, é possível para efeito de exame dividi-lo em regiões específicas e proceder seu exame, assim como se faz no exame do corpo físico do paciente. Esta divisão varia de acordo com o examinador, mas em geral se foca em seis elementos básicos:

Consciência

Funções cognitivas

Sensopercepção

Psicomotricidade

Afetividade

Conação

Consciência

Trata-se de um conceito complexo, pois se refere tanto às funções mais básicas do psiquismo, quanto às mais complexas. Na vertente básica começamos por examinar o estado de alerta do paciente:

Ele está acordado?

Vigilante?

Responde a perguntas simples como nome, idade, entre outras?

Se há comprometimento, ainda que sutil, da vigilância isto pode comprometer todas as demais funções psíquicas e qualquer alteração neste contexto deve ser considerada potencialmente secundária a este rebaixamento de consciência, precisando ser re-avaliada depois que a vigilância normal for restabelecida.

O prejuízo da vigilância é geralmente associado a quadros orgânicos chamados de **Delirium** de causa definível como intoxicação ou abstinência de substância, traumatismo craniano, condições sistêmicas (insuficiência renal, hepática, etc.), ou outra condição que ocasione sofrimento e prejuízo da função cerebral.



O **Delirium** é uma condição aguda e grave que requer pronta intervenção. Alterações sutis da vigilância ainda podem ser percebidos em prejuízos da orientação têmporo-espacial – o paciente não sabe ou não consegue referir hora aproximada do dia, dia da semana, onde está, como chegou, ou em que direção fica sua casa.

Em sua vertente mais complexa, a consciência é o resultado da integração de todas as funções psíquicas, resultando em uma percepção de si mesmo como indivíduo único, autônomo e auto-determinado, localizado em um ponto único no espaço e no tempo presente, embora sempre alinhado com o seu passado. Estas características compõem o que chamamos de consciência do Eu.

Funções cognitivas

Nesta dimensão são examinadas funções como atenção sustentada; memória de fixação e evocação; curso, conteúdo e coerência do pensamento; atribuição de valores e significados (juízo); percepção e atribuição de coerência ao próprio discurso (crítica).

As funções de atenção e memória podem estar comprometidas nas Demências que cursam com perda progressiva de funções cognitivas. O curso do pensamento pode estar lentificado ou acelerado, em geral secundariamente a al-

Em casos graves os limites do Eu podem estar comprometidos e o paciente refere confusão entre seus conteúdos internos (emoções pensamentos) e conteúdos alheios, queixando-se de que contra sua vontade vivências íntimas são captadas por outros, ou que pensamentos, ou comandos alienígenas invadem a sua mente. Estas queixas são comuns em pacientes psicóticos, em especial nos portadores de **Esquizofrenia**.

terações primárias do humor observadas em quadros afetivos respectivamente a Depressão e fases de mania (excitação) do Transtorno Afetivo Bipolar. O curso também pode ser entrecortado por perda da lógica ou coerência, o mesmo podendo ocorrer no caso do juízo e da crítica. Podem surgir neste caso crenças infundadas, não dirimíveis mediante argumentação, o chamado delírio. Estas alterações são características de quadros psicóticos em geral.

Sensopercepção

As alterações nesta área são principalmente de dois tipos: ilusões e alucinações.

Ilusões

Representam uma percepção distorcida de objeto secundária a rebaixamento de consciência (prejuízo da vigilância), ou ainda ocorrer sob influência de forte emoção.

Alucinação

É definida como percepção de objeto inexis-

tente. Quadros psicóticos primários geralmente cursam alucinações auditivas. As alucinações visuais são mais raras e quando acontecem podem estar associadas a quadros orgânicos ocasionados por lesão direta do cérebro. Elas podem ser referidas também por pacientes histerico como resultado de sugestão inadvertida durante o processo de anamnese psiquiátrica.

Psicomotricidade

Refere-se à observação das expressões não verbais, corpóreas do paciente. O que sua postura sugere – confiança, timidez, agressividade? Há tiques, ou movimentos estereotipados? A pre-

sença destes últimos pode sugerir a presença de condições neuropsiquiátricas específicas.

Afetividade

Nesta dimensão presta-se atenção tanto na prosódia (entonação do discurso) como na postura corporal, juntas elas transmitem ou revelam algo sobre as emoções do paciente:

Exemplo



- Ele parece frio ou tomado por um afeto intenso?
- Este afeto é negativo ou positivo?
- Se especificamente perguntado sobre afetividade ele consegue reconhecer e nomear seus sentimentos?

A média dos afetos transmitidos ao longo de

Conação

Diz respeito aos processos volitivos do paciente, seus impulsos, desejos, vieses no processo de tomada de decisão, capacidade de tomar iniciativa, de envolver-se ou não com entusiasmo e de persistir até a consecução satisfatória das tarefas cotidianas.

Tipicamente pacientes portadores de **Transtornos do Controle do Impulso e Dependências** podem se sentirem impelidos a agir contra sua razão, ou mesmo antes de poder avaliar racionalmente o seu impulso. Por outro

uma entrevista é denominado humor. Ele representa um pano de afeto predominante que domina a comunicação do paciente. Nos quadros afetivos primários o humor do paciente é tipicamente contagiante seja pela angústia na **Depressão**, ou na irritação ou euforia na fase maníaca do **Transtorno Afetivo Bipolar**. Certas apresentações inibidas de Depressão podem cursar com lentificação do discurso, da psicomotricidade e da expressão de afetos, que apesar da perda de intensidade são via de regra negativos. Quadros crônicos de **Esquizofrenia** podem cursar com redução generalizada dos afetos que se tornam superficiais e às vezes pueris.

lado, portadores de **Transtorno Obsessivo Compulsivo** sentem que um exercício racional que maximiza demasiadamente os riscos impõe um controle férreo e contra sua vontade sentem-se constrangidos a repetir incessantemente rituais de controle reais ou imaginárias, mas sempre exagerados.

UNIDADE 3

A FORMULAÇÃO DIAGNÓSTICA EM PSIQUIATRIA

Ao fim da década de 70 e início de 80 surgem propostas de tentar integrar no diagnóstico psiquiátrico as suas diferentes raízes e perspectivas. No Brasil, temos Leme Lopes (1980) e a proposta do diagnóstico pluridimensional dinâmico, que prevê a identificação de três fatores para formulação diagnóstica: a personalidade pré-mórbida (e os seus componentes biológicos, psicológicos e sociais), a caracterologia sindrômica (ou a apresentação psicopatológica) e a constelação etiológica (presumível, ou objetivamente verificada). Mas, de todas as propostas integrativas sem dúvida a mais conhecida é a terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Norte-Americana de Psiquiatria, o DSM-III (APA, 1980). No lugar do diagnóstico psiquiátrico tradicional, o DSM-III propõe a fragmentação da avaliação diagnóstica em cinco eixos que exploramos abaixo.

Eixo I

É reservado para o diagnóstico das síndromes clássicas em Psiquiatria, algumas delas mencionadas anteriormente no texto. Os diagnósticos no DSM-III e nas suas edições subsequentes são estabelecidos por meio de uma lista de critérios descritos de forma tão objetiva quanto possível, dos quais nenhum é suficiente, nem condição indispensável. Para ser diagnosticado com uma determinada síndrome o indivíduo deve ser positivo para um número mínimo de critérios estipulado para cada diagnóstico.

Eixo II

É usado para indicar transtornos que em geral surgem ao longo da vida como fruto do próprio desenvolvimento histórico e biográfico do

indivíduo. Na prática se concentra no diagnóstico do retardo mental e transtornos da personalidade. Embora as relações entre personalidade e adoecimento psíquico tenham sido exploradas desde Kraepelin, o conceito atual de Transtorno de Personalidade (TP) tem como principal referência o trabalho de Kurt Schneider já no século XX.

Schneider (1976) se referia a esses quadros como personalidades psicopáticas, caracterizadas por desvios quantitativos da norma que sofriam por essa condição ou faziam sofrer a sociedade. O DSM-IV-TR (2000) define o TP como um padrão de comportamento generalizado e inflexível, mais perceptível no início da adolescência, estável ao longo do tempo que provoca sofrimento ou prejuízo e se revela em pelo menos duas das seguintes áreas: cognição, afetividade, funcionamento interpessoal ou controle dos impulsos. Os portadores de TP tipicamente têm dificuldade para conciliar suas contradições internas e solucionar desafios, culpam os outros pelos seus fracassos, fugindo às suas responsabilidades, sentem-se vazias e muitas vezes levados pelas circunstâncias.

Eixo III

É usado para registrar qualquer condição médica do paciente causada pelo transtorno psiquiátrico, ou que possa ter causado, contribuído, ou agravado o estado mental do paciente, por exemplo – um acidente vascular cerebral seguido de depressão.

Eixo IV

Serve para registrar fatores psicossociais e ambientais causados pelo transtorno psiquiátrico, ou que possa ter causado, contribuído, ou agravado o estado mental do paciente, como luto, divórcio, desemprego, etc.

Eixo V

Propicia uma avaliação global do nível geral de funcionamento do paciente em uma escala que varia de 1 a 100, onde 100 representa funcionamento superior. (Tabela 1)

Tabela 1 – Avaliação Global de Funcionamento (AGF).

| Escala de Avaliação Global de Funcionamento (AGF) | |
|---|--|
| Considerar o funcionamento psicológico, social e ocupacional em um <i>continuum</i> hipotético de saúde-doença mental. Não incluir prejuízo no funcionamento devido a limitações físicas (ou ambientais). Código (Obs.: usar códigos intermediários quando apropriado, por ex. 45, 68, 72) | |
| 100 | Funcionamento superior em uma ampla faixa de atividades, problemas de vida jamais vistos fora de seu controle, é procurado por outros em vista de suas muitas qualidades positivas. |
| 91 | Não apresenta sintomas. |
| 90 | Sintomas ausentes ou mínimos (por ex., leve ansiedade antes de um exame), bom funcionamento em todas as áreas, interessado e envolvido em uma ampla faixa de atividades, efetivo socialmente, em geral satisfeito com a vida, nada além de problemas ou preocupações cotidianas (por ex., uma discussão ocasional com membros da família). |
| 81 | |
| 80 | Se sintomas estão presentes, eles são temporários e consistem de reações previstas a estressores psicossociais (por ex., dificuldade para concentrar-se após discussão em família); não mais do que leve prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por ex., apresenta declínio temporário na escola). |
| 71 | |
| 70 | Alguns sintomas leves (por ex., humor depressivo e insônia leve) OU alguma dificuldade no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por ex., faltas injustificadas à escola ocasionalmente, ou furto dentro de casal), mas geralmente funcionando muito bem; possui alguns relacionamentos interpessoais significativos. |
| 61 | |
| 60 | Sintomas moderados (por ex., afeto embotado e fala circunstancial, ataques de pânico ocasionais) OU dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por ex., poucos amigos, conflito com companheiros ou colegas de trabalho). |
| 51 | |
| 50 | Sintomas sérios (por ex., ideação suicida, rituais obsessivos graves, frequentes furtos em lojas) OU qualquer prejuízo sério no funcionamento social ocupacional ou escolar (por ex., nenhum amigo, incapaz de manter um emprego). |
| 41 | |
| 40 | Algum prejuízo no teste da realidade ou comunicação (por ex., fala às vezes ilógica, obscura ou irrelevante) OU prejuízo importante em diversas áreas, tais como emprego ou escola, relações familiares, julgamento, pensamento ou humor (por ex., homem deprimido evita amigos, negligência familiar e é incapaz de trabalhar, criança freqüentemente bate em crianças mais jovens, é desafiadora em casa e está indo mal na escola). |
| 31 | |
| 30 | Comportamento é consideravelmente influenciado por delírios ou alucinações OU sério prejuízo na comunicação ou julgamento (por ex., ocasionalmente incoerente, age de forma grosseiramente inapropriada, preocupação suicida) OU incapacidade para funcionar na maioria das áreas (por exemplo, permanece na cama o dia inteiro; sem emprego, casa ou amigos). |
| 21 | |

| | |
|--------------|---|
| 20 11 | Algum perigo de ferir a si mesmo ou outros (por ex., tentativas de suicídio sem clara expectativa de morte: freqüentemente violenta; excitação maníaca) OU ocasionalmente falha ao manter a higiene pessoal mínima (por ex. suja-se de fezes) OU prejuízo grosseiro na comunicação (por ex. amplamente incoerente ou mudo). |
| 10 1 0 | Perigo persistente de ferir gravemente a si mesmo ou outros (por ex., violência recorrente) OU incapacidade persistente para manter higiene pessoal mínima OU sério ato suicida com clara expectativa de morte. Informações inadequadas. |

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema classificatório diagnóstico em Psiquiatria está longe da perfeição. Idealmente, as classificações em medicina são baseadas nas causas da morbidade ou no tipo de processo mórbido envolvido. Como isto é desconhecido para quase totalidade dos Transtornos Psiquiátricos, nós ainda trabalhamos com construtos sindrômicos. Códigos como o DSM representam uma evolução uma vez que, baseados em critérios operacionais permitem a uniformização do diagnóstico e a sua comparação entre diferentes serviços e localidades. Críticas a este processo focam na mecanização da avaliação clínica e o uso desses critérios como uma lista de checagem. De fato, a objetivação do diagnóstico psiquiátrico não deve ser usada como um desvio para contornar a indispensável anamnese e exame psíquico do paciente suspeito de ou que apresente queixa psíquica.

Temores também têm sido expressos com relação ao risco de se rotular e estigmatizar o paciente com a formulação de um diagnóstico

psiquiátrico. Em que pese que o estigma seja uma realidade que deve ser combatida, a correta formulação do diagnóstico psiquiátrico traz vantagens inegáveis porque introduz ordem e estrutura na avaliação da vida mental do paciente. Dessa forma, ajuda a organizar o tratamento, facilita a comunicação entre profissionais envolvidos no cuidado ao paciente e em última análise quando usados em levantamentos epidemiológicos e avaliações de serviços auxiliam na previsão dos provimentos necessários para assistência e promoção da saúde mental.



É importante lembrar que, tão ou mais relevante do que o risco do estigma, é o benefício da legitimação do sofrimento

psíquico que o diagnóstico propicia e quem se o qual o paciente estaria alijado do seu direito ao tratamento.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3. ed. Washington, DC, 1980.
- ANDREOLI, S.B. et al. É a reforma psiquiátrica uma estratégia para reduzir o orçamento da saúde mental? O caso do Brasil. Rev Bras Psiquiatr., v.29, n.1, p.43-6, 2007.
- BEAUCHESNE, H. História da psicopatologia. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- CENTER ON ADDICTION AND SUBSTANCE ABUSE. Columbia University: the cost of substance abuse to America's Health Care System, Report 1: Medicaid Hospital Costs, 1994.
- CORDÁS, T.A. Depressão: da bile negra aos antidepressivos. São Paulo: Lemos, 2002.
- CORDÁS, Táki A.; ARATANGY, E. W.; MOTA, A. História da Psiquiatria. In: MIGUEL, Euripedes Cosntantino; GENTIL, Valentim; GATTAZ, Wagner Farid. (Org.). Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP. São Paulo, SP: Manole, 2011. v. 1. p. 4-21.
- DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (4.ª ed.) Lisboa: Climepsi Editores, 2000
- HUNTER, R.; MACALPINE, I. Three Hundread years of psichiatty. New York, Carlile, 1982.
- LEME LOPES, J. Diagnóstico em psiquiatria. São Paulo: Cultura Médica, 1980.
- McHUGH, P. R.; SLAVNEY, P. R. Perspectives of psychiatry. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1998.
- PRINCE, M. et al. No health without mental health. Lancet, v.370, n.9590, p.859-77, 2007.
- SCHNEIDER, K. Psicopatologia clínica. São Paulo: Mestre Jou, 1968.
- SHORTER, E. A history of psychiatry. New York: John Wiley & Sons, 1997.
- TAVARES, H.; CORDÁS, Táki A. Diagnóstico em psiquiatria: um breve histórico de sua evolução. In: MIGUEL, Euripedes Cosntantino; GENTIL, Valentim; GATTAZ, Wagner Farid. (Org.). Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP. São Paulo, SP: Manole, 2011. v. 1. p. 564-566.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Drinking and driving: an international good practice manual. 2007a.

_____. Integrating mental health services into primary health care. 2007b. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/policy/services/en/index.html. Acesso em: 14 ago. 2013.

_____. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. 2009.